

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 4

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES

PROCIDENCES DU CORDON

(Statistiques des services d'accouchement de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Bordeaux).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Novembre 1933

PAR

Pierre-Yves-Marie-Ludger DAGORN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à ROSCANVEL (Finistère), le 25 mai 1905.

	MM. PERY, professeur.....	Président.
Examineurs de la Thèse	GUYOT, professeur.....	Juges.
	FAUGÈRE, agrégé.....	
	RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0050

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933 - 1934. — N° 4

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES

PROCIDENCES DU CORDON

(Statistiques des services d'accouchement de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Bordeaux).



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Novembre 1933

PAR

Pierre-Yves-Marie-Ludger DAGORN

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à ROSCANVEL (Finistère), le 25 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	}	MM. PERY, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAE.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	RÔCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CHEYX
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
id.....	DUFOUR.	id.....	CHARRIER.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	N.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	N.	Physique médicale.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DAMADE.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
id.....	DELMAS-MARSALET.	Histoire naturelle pharmaceutique.....	N.
Chirurgie générale.....	PAPIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....		MM. CABANNES (en congé).	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....		GOURDON.	
id.....	Clinique dentaire.....	DELGUEL.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE — A MA MERE

Bien faible témoignage de ma grande
affection et de ma profonde reconnais-
sance.

A MES FRERES — A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ET DE LA FACULTE

AU DOCTEUR R. MAHON

Ancien Chef de clinique à la Faculté.

Il nous a inspiré l'idée de ce travail;
nous lui en exprimons ici toute notre
reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CANTON

*Professeur à l'Ecole principale du Service de santé,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique*

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de le remercier
du grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES

PROCIDENCES DU CORDON

INTRODUCTION

Selon la définition classique, la procidence du cordon est « la chute de la tige funiculaire au-devant de la présentation ».

Dans son traité d'accouchement, Brindeau a cru cependant devoir faire remarquer qu'elle ne correspondait pas très exactement à la réalité des faits, car, disait-il : « Nous croyons qu'il est plus clinique de considérer comme procidence, tous les cas dans lesquels le cordon descend au-dessous de l'anneau de Bandl. Quand le cordon s'est ainsi déplacé ou luxé, comme disent certains auteurs allemands, la procidence est amorcée... En somme, on pourrait dire que la procidence est la descente du cordon dans le segment inférieur. »

Tout en admettant, pour notre part, le bien-fondé de ces conclusions, nous nous en tiendrons néanmoins à la première définition, qui, au point de vue pratique, est pleinement satisfaisante. A son stade de descente dans le segment inférieur, en effet, cet accident ne peut pas être toujours formellement diagnostiqué.

Nous dirons donc :

a) Il y a procidence, toutes les fois que la tige funiculaire tombe au-devant de la présentation;

b) Si cette tige funiculaire vient à s'interposer entre la partie fœtale qui se présente et la paroi utérine, « sans être facilement accessible au doigt (Tarnier), nous admettrons qu'il n'y a pas « procidence vraie », mais « latérocidence »;

c) Enfin, nous aurons affaire à un « procubitus » chaque fois que la procidence se produira avant la rupture des membranes.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous voudrions en quelques mots attirer l'attention de nos lecteurs sur l'importance des données cliniques et thérapeutiques relatives à un tel accident.

Quéreil, dans ses *Leçons de cliniques obstétricales*, avait déjà bien mis en lumière ce point délicat de responsabilité professionnelle : « Au point de vue professionnel, disait-il, il est aussi important que vous ayez diagnostiqué cette complication d'un accouchement qui, pour tout l'entourage et la parturiente, semble ne présenter rien d'anormal, et l'on ne manquerait pas, si vous n'aviez formulé de sages réserves, d'attribuer à votre inexpérience ou à votre négligence la mort de l'enfant que tout le monde attend avec impatience et anxiété... Il y va de votre réputation, surtout si vous êtes jeune et si vous n'avez pas encore essuyé, comme un vieux praticien, les assauts injustes et les déboires de la clientèle. Dans ce cas, il faut savoir que, malgré toute l'habileté possible, la moitié des enfants succombent; jugez ce que sera cette mortalité si l'accident passe inaperçu au début, ou si les manœuvres dirigées pour y parer ne sont pas ce qu'elles doivent être. »

Sureau, tout récemment, dans la revue *La Médecine*, en souligne l'importance thérapeutique. « Le traitement de cette complication apparaît, dit-il, comme un traitement d'urgence intéressant au plus haut point tous les praticiens. »

Quoi de plus édifiant, en effet, que ces quelques chiffres de

mortalité foetale empruntés à la littérature obstétricale. Stoltz a vu mourir 52 enfants sur 56. Depaul rapporte une proportion de 67 p. 100. Tarnier a observé 10 enfants morts sur 29 cas de procidence

Dans ces dernières années, Brindeau accusait une proportion de 23 à 30 p. 100 de décès, et « cela, comme il le disait lui-même, en dépit des progrès de l'art obstétrical ». Nos statistiques, qui ont été puisées dans les différents services de la Faculté de Bordeaux, nous ont révélé une mortalité de 23 à 30 p. 100.

Le grand danger de la procidence, nous le voyons, n'est donc pas un mythe, et s'il faut admettre une sérieuse amélioration des taux de mortalité actuels par rapport à ceux des anciens auteurs, ils n'en restent pas moins encore assez élevés.

Ces chiffres de 23 à 30 p. 100 traduisent-ils réellement la limite de nos moyens thérapeutiques ? Nous ne le pensons pas. Un peu plus de hardiesse de la part des accoucheurs ferait probablement bénéficier dans une notable mesure le traitement des procidences du cordon des progrès de l'art chirurgical. Il est une intervention qui, actuellement, nous paraît devoir être plus fréquemment mise en œuvre, c'est la « césarienne basse ».

Combien encourageantes sont à cet égard les différentes tentatives de MM. Guéniot, Audebert, Estienny et, à Bordeaux, de MM. Pery, Andérodias, Rivière et Mahon. Avec eux, la césarienne basse, on peut le dire, s'est affirmée comme étant une méthode héroïque pour traiter avec toutes chances de succès (maternels et foetaux) certains cas de procidence du cordon

Dans le cours de ce travail, nous nous sommes plus particulièrement attaché à rechercher, par l'étude de nos observations, d'une part, les causes réelles de la mort foetale dans la procidence, et, de l'autre, les possibilités existantes d'améliorer la thérapeutique de cette complication.

Nos statistiques portent sur une période de douze années (1919 à 1931) comptant 140 observations.

HISTORIQUE

I. — Histoire clinique.

Mauriceau et Mme Lachapelle étaient déjà très documentés sur la nature des manifestations cliniques de la procidence du cordon. Les auteurs qui les ont suivis n'ont eu à cet égard que bien peu de choses à ajouter.

Mauriceau connaissait bien le rôle joué par l'hydramnios et la longueur exagérée du cordon dans l'étiologie de cet accident. Il affirmait déjà que le danger tenait avant tout à la compression. Le seul moyen de sauver l'enfant d'une menace d'asphyxie était pour lui une extraction aussi rapide que possible. Sa seule erreur parfois préjudiciable au fœtus, fut de croire que l'arrêt des battements artériels au niveau du cordon était un « signe tout à fait démonstratif » de la mort fœtale.

Mme Lachapelle, par contre, ne fut pas du tout de cet avis. Comme elle le dit très nettement dans son IX^e mémoire : « ..., il est indéniable qu'un cordon pulsant avec assez de force appartient à un enfant vivant, le contraire n'est pas aussi certain. Fort souvent, les pulsations cessent pendant la douleur parce que le cordon est alors plus fortement pincé par la partie que le fœtus présente à l'orifice, et cette immobilisation peut quelquefois persister pendant un certain temps sans que l'enfant périsse »

Rompant avec la tradition classique, elle n'admettait pas que le refroidissement ou la dessiccation du cordon puissent être les causes majeures de la mort du fœtus. « Ce n'est guère

qu'à la compression à laquelle le cordon est alors exposé que l'on peut attribuer les influences fâcheuses de sa procidence. Son refroidissement n'est point à craindre, à moins qu'il ne soit excessif, et il en est de même de son desséchement. »

Vers la fin du xix^e siècle, les accoucheurs se mettent à étudier de très près les différents aspects du problème. Au moyen de recherches statistiques, on s'efforce de classer les causes possibles de procidence et d'attirer l'attention des médecins sur les plus fréquentes et les plus dangereuses d'entre elles. On cherche à s'expliquer très exactement la pathogénie du prolapsus funiculaire. Le rôle primordial que joue la compression dans le mécanisme de la mort de l'enfant est définitivement admis.

Auward, Quercil, Tarnier, Ribemont-Dessaignes, Pinard, Brindeau, ont tour à tour apporté leur part contributive à l'étude de cette complication.

Alors que la vieille théorie de la dessiccation du cordon semblait à tout jamais oubliée, certains accoucheurs contemporains essayent depuis quelques années de la remettre en honneur.

Metzger, actuellement, pense qu'il s'agit bien là, en effet, de la principale raison du décès de l'enfant. Mais, dit-il, c'est le cordon qui commence par mourir, et la mort de l'enfant n'en est que la conséquence. Un cordon desséché, flétri, perd sa vitalité, devient impropre à toute circulation et entraîne la mort du fœtus. C'est sur cette conception qu'il s'est appuyé pour préconiser à des fins thérapeutiques sa méthode de l'« irrigation continue ».

II. — Histoire thérapeutique.

Jusqu'à ces dernières années, les modes d'extraction employés ne permettaient la sortie de l'enfant que par les voies naturelles : forceps, version

Avec les progrès de la chirurgie et pour soustraire plus rapidement l'enfant aux dangers qu'il courait, on en vint à faire

précéder l'application de forceps d'interventions telles que : incision du col, césarienne vaginale.

Puis ce fut la voie haute, avec la césarienne corporéale; mais, étant donné les risques de mort maternelle, elle ne fut pas acceptée pour le seul traitement de la procidence du cordon. C'est Couvelaire qui, le premier, fut amené à intervenir par césarienne corporéale dans un cas de procidence du cordon, existant concurremment avec un léger rétrécissement du bassin (Rapport au Congrès de Paris, 1921).

Par contre, depuis l'avènement de la césarienne suprasymphysaire, les accoucheurs tendent à devenir plus interventionnistes. Il ne s'agit, là encore, que d'une méthode d'exception, mais, comme nous le verrons, il semble bien qu'elle soit la seule capable d'améliorer d'une façon notable le pronostic si fâcheux de *certain*s cas de procidence.

Faisant pendant à la nouvelle théorie de la mort du cordon, « l'irrigation continue », selon les indications de Metzger, a trouvé également ses partisans. Mauriceau, du reste, y recourait déjà à sa manière en conseillant de « mettre une bonne compresse trempée dans du vin chaud au-devant de l'entrée de la matrice »

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Dans son ouvrage : *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés*, Mauriceau faisait remarquer que « les femmes dont les enfants ont beaucoup d'eau et le cordon de l'ombilic fort long sont très sujettes à cet accident ».

Ce sont bien là, en effet, deux raisons qui expliquent la chute du cordon, mais elles sont loin d'avoir une égale importance. La première est certainement la principale, puisqu'elle peut être la cause d'une mauvaise accommodation du fœtus, condition *sine qua non* pour qu'il puisse se produire une procidence. La seconde, par contre, n'est jamais suffisante par elle-même; un cordon ombilical, aussi long soit-il, ne pourra tomber au-devant de la présentation que si la voie lui en a été d'abord ouverte par un défaut d'adaptation.

Il nous faut donc considérer, dans l'échelle des valeurs qui commandent le prolapsus ombilical, deux grands ordres de causes selon qu'elles contribuent, soit à désadapter le mobile de sa filière génito-pelvienne, soit plus simplement à favoriser le passage de la tige funiculaire.

Nous les grouperons sous les appellations de :

- I. — Causes efficientes;
- II. — Causes adjuvantes

I. — Causes efficientes.

Selon leur origine, nous les classerons dans l'ordre suivant :

- Ovulaires;
- Fœtales;
- Maternelles

OVULAIRES :

1° *Placenta prævia*. — En gênant l'accommodation, il agit comme le ferait une tumeur de même nom.

2° *Hydramnios* — « Cela n'est point une vue de l'esprit, dit Quéreil, c'est de la logique, et c'est aussi un fait constaté! L'abondance du liquide amniotique se retrouve dans toutes nos observations. »

Il est évident qu'un excès de liquide confère au fœtus une mobilité anormale, favorise sa présentation vicieuse et la rupture prématurée de la poche des eaux.

Or, comme nous l'avons dit en tête de ce chapitre, la condition nécessaire et suffisante pour qu'il puisse y avoir procidence, c'est que le fœtus ne soit pas exactement adapté à son enveloppe utérine.

Contrairement à Quéreil, d'ailleurs, nous ne pensons pas que l'hydramnios soit si fréquente dans l'histoire de cet accident. Nos statistiques, en effet, nous ont révélé son existence dans 12 p. 100 seulement des cas.

FOETALES :

1° *Petitesse du fœtus*. — Le cordon est normalement ramassé dans le sinus formé par la position recroquevillée du fœtus. Si le volume de ce dernier est réduit, il se détend et le cordon s'échappe vers les parties déclives. S'il trouve là un espace libre entre le segment inférieur, et la présentation, il tombera fatalement en avant de celle-ci.

Pour nous, cette cause se rencontre dans 10 p. 100 des cas.

2° *Présentations vicieuses*. — Le siège, la face, le front et surtout l'épaule forment, quand ils se présentent, des masses irrégulières aux niveaux desquelles le cordon arrive à se frayer plus ou moins facilement un passage vers le petit bassin. Le sommet, par suite d'un défaut d'engagement ou pour toute autre raison, est assez souvent en jeu dans le mécanisme de la procidence.

Guéniot et Guérin-Valmade, rapportent des pourcentages de 58 p. 100 de sommets, 23 p. 100 de siège, 45 p. 100 pour l'épaule et 0,6 p. 100 pour la face.

Nos statistiques, qui se rapprochent sensiblement de ces dernières, ne sont pas moins éloquentes. Elles constituent une nouvelle preuve du rôle néfaste joué par les présentations anormales dans la pathogénie de la procidence.

En regard de chacun de nos chiffres, nous mettrons la moyenne normale correspondante :

Sommet, 65 p. 100, au lieu de 96 à 97 p. 100;

Siège, 25 p. 100 au lieu de 2,5 p. 100;

Epaule, 8 p. 100 au lieu de 0,5 p. 100;

Face et front, 2 p. 100 au lieu de 0,5 p. 100.

En somme, on trouve des présentations autres que le sommet dans 35 p. 100 des cas, alors que la moyenne n'est que de 3 à 4 p. 100.

3° *Grossesse gémellaire*. — On a dit également que la grossesse gémellaire favorisait la procidence; cette cause est réelle, mais peu fréquente. La grossesse gémellaire, en effet, participe de l'un ou de l'autre des facteurs précédents : présentation vicieuse, petitesse du fœtus.

Pour Perrosier, elle est en cause dans 7 p. 100 des cas. D'après nos recherches, 3,8 p. 100 seulement.

MATERNELLES :

Elles sont des plus importantes.

1° *Tumeurs prævia*. — Les néoformations du bassin ou du segment inférieur s'opposent quand elles existent à l'engagement normal du fœtus; 4,5 p. 100 des cas (chiffre personnel).

2° *Anomalies de position ou de fonctionnement utérins*. — Dans cet ordre d'idées, nous trouvons les utérus latéro ou

antéversés, bifides, cordiformes, dont le segment inférieur coiffe mal la partie qui se présente. Nous insistons sur le rôle de l'hypotonie si fréquente chez les multipares. Ribemont-Dessaigues dit avec juste raison : « La procidence est d'autant plus possible chez les multipares que la tête reste élevée jusque dans les derniers temps de la grossesse et que l'engagement peut même ne se faire qu'au moment du travail. »

Selon la parité plus ou moins grande des malades, nous avons trouvé, sur 140 observations :

Primipares, 51;

Secondipares et troisiémipares, 55;

Grandes multipares, 34.

Proportions qui soulignent le rôle favorisant connu de la multiparité.

3° *Vices de conformation pelvienne.* — « Plus de la moitié des cas reconnaissent cette origine, et quand, dans une présentation du sommet, on constate une procidence, il faut toujours penser à la possibilité d'un bassin rétréci. » (Brindeau.)

L'angustie pelvienne, surtout quand elle siège au détroit supérieur, est un facteur puissant qui perturbe l'accommodation et détermine quelquefois, au niveau de certains diamètres, un vide tout préparé pour la procidence.

Pour Hildebrand, les déformations interviennent dans un tiers des cas Wieckel, 40 p. 100; Gibory, 40 p. 100; Perrosier, 20 p. 100.

Nos statistiques nous ont donné un pourcentage nettement inférieur de 12,5 p. 100.

Dans un chapitre ultérieur, nous verrons que la coexistence d'une procidence et d'un bassin rétréci est une des indications les plus formelles de la césarienne basse.

II. — Causes adjuvantes.

Ce sont (chiffres personnels) :

L'insertion vélamenteuse, 4,5 p. 100;

Le placenta prævia, 6 p. 100;

L'existence de nœuds qui alourdissent le cordon;

La longueur exagérée du cordon, 35 p. 100.

L'insertion vélamenteuse et le placenta prævia agissent, en somme, en donnant au cordon une longueur apparente plus grande. Dans le cas du placenta prævia, le cordon est là près de l'orifice cervical et ne demande qu'à sortir prématurément. La loi de Levret explique encore davantage cette tendance au prolapsus.

La longueur exagérée du cordon est la principale de ces causes. Maintes fois la tige funiculaire atteignait 70 centimètres et plus !

Pinard et Commandeur ont bien insisté sur cette cause. D'autres, au contraire, la considèrent comme étant des moins certaines. Cependant, le cordon est une tige pesante, essentiellement mobile et glissante, et l'on ne peut que s'étonner de la rareté relative de la procidence quand toutes les conditions paraissent réunies pour la favoriser.

En terminant ce chapitre, nous rappellerons que l'hydramnios, en dehors de son action efficiente, joue également un rôle favorisant dans le mécanisme de la descente du cordon. Dans 60 p. 100 des cas étudiés par nous, la rupture des membranes fut spontanée, et dans 40 p. 100 elle fut artificielle. Or, ceci n'est pas sans importance, loin de là. Quand il existe un excès de liquide, en effet, le cordon est entraîné au moment de la rupture des membranes (action adjuvante). Si le cordon se trouve mal assujéti au-dessus de la présentation, il faudra de toute nécessité contenir, modérer, ce courant menaçant, pour éviter qu'il se produise une procidence. De là, le conseil que donnait Tarnier de «... surveiller avec soin la

rupture des membranes et d'examiner la femme aussitôt après pour s'assurer par le toucher qu'il n'y a pas de procidence; lorsque l'accoucheur rompt les membranes, il doit modérer l'écoulement du liquide en laissant quelques instants la main appliquée à plat sur les parties génitales ».

Conclusions.

Toutes les fois que la présentation se trouve mal adaptée au segment inférieur, il faut penser à la possibilité d'une procidence en même temps qu'à ses causes, qui sont, par ordre d'importance décroissante :

- Multiparité;
- Présentations vicieuses;
- Viciations pelviennes;
- Hydramnios;
- Petitesse du fœtus;
- Placenta prævia;
- Grossesse gémellaire;
- Tumeurs prævia.

Prévoyant la possibilité de cette procidence, on évitera de rompre les membranes sans prendre certaines précautions indispensables conseillées par Tamier.

PHYSIO-PATHOLOGIE

On a beaucoup discuté sur les causes qui amènent la suspension de la vie intra-utérine au cours de la procidence. Les uns l'attribuent à la compression (cause mécanique), les autres à sa dessiccation ou à son refroidissement (agents physiques).

Mauriceau admettait déjà ces deux hypothèses, donnant cependant la préférence à la première. Après l'exposé d'un cas clinique (obs. LXII), il concluait en disant : « ... mais comme le cordon de l'ombilic qui se présentait avec elle (la tête) aurait été certainement cause de la mort de l'enfant, avant que la nature eût achevé de le pousser au dehors, tant par le refroidissement de ce cordon qui était sorti que par la compression qu'en faisait la tête de l'enfant au passage, je retournerai aussitôt cet enfant, que je tirerai ensuite par les pieds vivant et se portant bien et la mère pareillement ».

Il admettait de plus que l'arrêt des battements funiculaires constitue la preuve évidente de la mort fœtale. Là fut son erreur. Nous avons cité dans l'historique une de ses phrases tout à fait significative à ce point de vue.

Tout le problème physio-pathologique de la procidence se trouve ainsi posé.

Nous diviserons ainsi notre étude :

- I. — Raisons qui militent en faveur de la compression (théorie de la compression).
- II. — Arrêt des battements funiculaires avec survivance fœtale, expliquée par cette dernière théorie (travaux du Professeur Pachon et du Docteur Balard).
- III. — Exposé de la théorie de la dessiccation (Metzger).
- IV. — Leurs valeurs respectives.

I. — Théorie de la compression.

Etant donné une présentation céphalique de dimensions normales, avec cordon procident, passant au travers d'un bassin normal, on peut dire que ce cordon sera certainement plus ou moins comprimé, sauf s'il occupe quelque position favorable comme peut l'être l'échancrure sacro-iliaque.

Ce qui explique la diversité des résultats fœtaux dans les différents cas de procidence du cordon, ce sont les conditions maternelles, fœtales et ovulaires variables rencontrées par celui-ci au cours de ses situations dystociques. Un col rigide, un bassin rétréci, un liquide amniotique surabondant, une présentation céphalique, un siège, une épaule, etc., engendrent des pronostics différents.

C'est parce qu'il y a une corrélation étroite entre le facteur compressif et la mortalité fœtale, ou plus simplement les signes de souffrance fœtale, que l'on est fondé à admettre le rôle primordial de la compression dans les accidents dus à la procidence. Les cas qui, *a priori*, paraissent les plus favorables à la liberté du cordon ombilical se montrent tels à l'épreuve clinique et inversement. En voici des preuves :

Présentations :

Epaule, 12,5 p. 100 de décès;
Siège, 23 p. 100 de décès;
Sommet, 40 p. 100 de décès.

Le sommet, qui est un corps arrondi, résistant, occupant plus étroitement l'emplacement dévolu à la présentation, s'avère comme beaucoup plus dangereux.

Dimensions pelviennes. — Les bassins rétrécis sont évidemment d'un mauvais pronostic : 33 p. 100 de mortalité.

Formes de procidence. — Procubitus : Avec un cordon en procubitus, étant donné que la présentation n'est pas engagée

et que le liquide amniotique joue le rôle de tampon, il ne semble pas qu'il puisse avoir beaucoup à souffrir de sa position anormale. La mortalité n'a été en effet que de 9 p. 100.

Nous venons au chapitre thérapeutique, quelle conduite il convient de tenir si l'on veut bénéficier des avantages offerts par une pareille éventualité.

Procidences vraies : Dans ces cas, 24,8 p. 100 de décès.

Latérocidences : Le cordon se trouvant plus étroitement resserré, la latérocidence est au contraire la plus funeste de ces trois formes. Morts, 39 p. 100.

Pour illustrer en quelque sorte la théorie de la compression, il nous a paru intéressant de rapporter quelques observations. Dans chacune d'elles, le cordon ne se trouvait certainement pas comprimé au début (ou du moins très peu), et ce n'est qu'à partir du moment où ses rapports de contiguïté avec la présentation se sont trouvés modifiés que sont apparus les premiers signes de souffrance fœtale.

*
* *

OBSERVATION I.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme R..., 33 ans, I-pare.

A l'entrée dans le service, on trouve une présentation du siège décomplété. Dos à droite. L'auscultation des bruits du cœur fœtal est positive à hauteur de l'ombilic et à droite. Au toucher, faux promontoire à 10 cm., le vrai promontoire est inaccessible.

A 22 heures, alors que la dilatation était à grande palmaire, on rompt la poche des eaux et on abaisse un pied qu'on laisse au niveau du col. A ce moment se produit une procidence. Mise en place d'un gros ballon dans le vagin. Il est expulsé lentement vers 23 h. 30. Les battements du cordon sont toujours réguliers, bien frappés. *La dilatation n'étant pas tout à fait complète, on tire sur le pied pour l'appuyer davantage contre le col.* Deux minutes

après, le cordon ne bat plus. Extraction rapide. Enfant en état de mort apparente, mais qui peut être ranimé.

COMMENTAIRE. — Il nous paraît incontestable que la compression soit bien la cause de cet arrêt dans la circulation funiculaire. Cette observation souligne la compressibilité du cordon.

OBSERVATION II.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme V..., I-pare, 22 ans.

Présentation du siège. Dos à gauche. Bruits du cœur positifs à gauche.

A dilatation complète, après rupture de la poche des eaux, on constate une procidence du cordon qui ne paraît pas comprimé et bat normalement.

La tête s'engage, le cordon bat plus faiblement.

Extraction. Forceps tête dernière. Enfant vivant.

COMMENTAIRE. — Modifications franches des battements à partir du moment où la tête s'est engagée.

OBSERVATION III.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme F..., 30 ans, III-pare.

Présentation O. I. G. A.

A dilatation complète, on rompt la poche des eaux. Tête élevée au détroit supérieur. Bruits du cœur bons. Il existe cependant une légère procidence, mais les battements sont nettement perceptibles. La malade pousse, la tête s'annonce. Les bruits du cœur deviennent sourds et le cordon s'arrête de battre. Forceps. Enfant vivant.

COMMENTAIRE — La corrélation entre l'engagement et l'arrêt des pulsations funiculaires ne fait aucun doute.

*
**

Inversement, et ceci constitue en somme le corollaire de la théorie de compression, étant donnée l'existence d'une procidence s'accompagnant de modifications des battements artériels, si ce cordon vient à être réduit convenablement, les signes de souffrance fœtale disparaissent. Ceci n'est plus à démontrer.

*
**

Enfin, et ce n'est pas là le moindre argument, il apparaît très nettement qu'à défaut d'action mécanique exercée sur le cordon, celui-ci n'a pas à souffrir sérieusement de son extériorisation. Ne l'a-t-on pas vu rester exposé plusieurs heures à l'air libre sans inconvénients apparents.

Cette hypothèse de la compression est tellement bien acceptée des auteurs contemporains qu'il y a quelques années on a cherché à expliquer par ce mécanisme un phénomène assez curieux de la procidence; nous voulons parler ici de la cessation des battements funiculaires avec survivance du fœtus.

II. — Persistance de la vie de l'enfant dans des cas de cordons procidents dépourvus de battements.

(Professeur PACHON-Docteur BALARD.)

Dans un rappel historique, M. Balard précise l'ancienne conception de Mauriceau, qui voyait dans ce phénomène la preuve certaine du décès de l'enfant, et les idées plus exactes de Lepage, Ribemont-Dessaignes, Brindeau, qui, tout en admettant l'arrêt de toute circulation funiculaire, pensaient que, par suite d'une « grande puissance d'adaptation et d'une résistance considérable à l'asphyxie », le fœtus pouvait survivre dans certains cas.

Or, comme nous allons le voir, on peut tout aussi bien admettre la persistance de l'ondée sanguine, mais sous pression très réduite, les pulsations étant amorties en amont par une action compressive.

Conception expérimentale du Professeur Pachon. — Pour lui, cette cessation n'est pas due nécessairement à un arrêt du cours du sang par oblitération complète des vaisseaux : « elle peut venir de l'uniformisation du cours du sang sous l'influence d'une compression capable d'amener une diminution du calibre des vaisseaux et suffisante à amortir l'ondée pulsatile ».

Thèse de M. Balard. — « A notre sens, le facteur capital réside dans l'intensité des contractions utérines, si variable, on le sait, d'une femme à l'autre. C'est dans le rapport entre la force compressive due à la contraction utérine et la force de résistance antagoniste représentée par la tension artérielle du fœtus que doivent se trouver les éléments du pronostic. » (Balard.)

Les recherches du Professeur Fabre lui ont montré que « la compression utérine, pendant la période de dilatation, oscille de 1 à 6 cm³ de mercure ». D'autre part, il résulte des travaux de M. Balard « ... qu'à la naissance, avant l'intervention de tout facteur capable de la modifier, la pression minima chez le fœtus est voisine de 3 cm³ 5 de mercure et la maxima de 5 cm³ 5 ». « Il est vraisemblable que ces chiffres correspondent sensiblement aux valeurs de tension artérielle du fœtus *in utero*, car plusieurs de nos observations ont été prises sur des enfants qui n'avaient pas crié et respiraient à peine. » (Balard.)

C'est donc en toute logique que M. Balard a été amené à conclure que « la comparaison de la valeur réciproque de ces deux éléments — contractions utérines et pression artérielle du fœtus — permet d'admettre que, dans un travail normal pendant la période de dilatation, avec des contractions utérines dont la force varie de 1 à 6 cm³ de mercure, le cordon procident, dont la pression minima est de 3 cm³ 5 et la

maxima de 5 cm³ 5, pourra être comprimé d'une façon telle que là contraction utérine suffira à faire disparaître ses pulsations par amortissement et uniformisation du cours de sang, en diminuant le calibre des vaisseaux sans entraîner nécessairement leur oblitération complète ».

Les partisans de la théorie de la dessiccation ne sont cependant pas de cet avis et pensent qu'il s'agit plutôt d'altérations des parois artérielles dans un « cordon mort »

III. — Théorie de la dessiccation (METZGER).

A l'instigation de Metzger, l'ancienne conception de la dessiccation tendrait à prendre un renouveau d'importance.

L'intérêt d'un tel débat ne peut pas échapper aux yeux des médecins praticiens, puisque, selon la théorie que l'on admet, la conduite à tenir pour le traitement varie essentiellement. Dans un cas c'est la temporisation, dans l'autre c'est l'intervention rapide.

Existence d'une physiologie spéciale du cordon. — Par la clinique et l'expérimentation, l'auteur tend à démontrer sa réalité.

Selon le milieu dans lequel elle se trouve, la « cordelière » funiculaire subit des modifications physico-chimiques qui se manifestent par des changements dans sa consistance, sa température, sa coloration. Dans ses « Leçons du jeudi soir », à la clinique Tarnier, Metzger disait, en effet : « Le cordon est chaud quand on le coupe alors qu'il est vivant, on s'aperçoit qu'il est plein de liquide visqueux; il y a comme un infiltrat œdémateux. » Par contre, s'il lui arrive d'être flétri, affaissé, inerte, nous avons alors affaire à un « cordon mort ». Cette remarque n'est du reste pas nouvelle: « Cet aspect du cordon, dit Metzger, a été vu depuis longtemps. Dans le livre de Mauriceau, à propos des procidences, on lit : « En touchant le cordon de l'ombilic qui est sorti, on peut facilement reconnaître si l'enfant qui est encore dans la matrice

» est vivant ou mort, car s'il est vivant, l'ombilic est chaud, » il est gros, plein de sang, on y sent les battements des » artères; mais lorsqu'il est mort, ce cordon est vide, flétri, » petit, refroidi, on n'y sent aucun mouvement d'artères ». Ce qu'il décrit là (prend-t-il soin d'ajouter), c'est la vie ou la mort du fœtus, mais, en réalité, cet aspect du cordon, cette description, est celle de la vie ou de la mort du cordon. »

C'est si vrai que l'on peut « artificiellement maintenir les caractères du vivant d'une façon simple. Pour cela, sitôt après la naissance, nous plaçons entre deux pinces un segment plus ou moins long du cordon et nous le trempions dans du sérum chaud. Il garde son aspect pendant plusieurs jours ». (Metzger).

Encouragé par ces résultats de laboratoire, l'auteur a eu l'idée de transposer cette méthode expérimentale dans le domaine thérapeutique. Les succès qu'il en a obtenu lui ont paru suffisamment démonstratif pour établir que la mort du fœtus est conditionnée par celle du cordon.

Est-ce à dire que la théorie de la compression, n'ait aucune valeur aux yeux de M. Metzger ? Non pas. « Je n'ai pas « jeté par-dessus bord » le rôle de la compression funiculaire (comme le prétendait M. Couvelaire), mais j'ai essayé d'analyser les faits et j'ai noté que cette théorie ne s'applique qu'à un petit nombre de cas ». Elle n'est évidente, à son point de vue, que quand on assiste à un arrêt brusque des battements du cordon et des bruits du cœur fœtal:

Hormi ces cas, peu fréquents, nécessitant une compression très énergique, le cordon, de par sa structure, échappe aux forces compressives de moyenne intensité.

Structure du cordon. Sa compressibilité. — Il existe dans l'intimité même du cordon une sorte de charpente fibreuse dont le rôle défensif est indéniable : « Cette structure fibreuse est destinée à protéger les vaisseaux précisément contre les différentes compressions auxquelles il est exposé. »

De plus, cet organe a la faculté de se dérober passivement au contact des points compresseurs. « L'amnios est une enve-

loppe brillante, glissante, qui permet au cordon de s'échapper, si si, par hasard, il est coincé, il y a un tissu fibreux de protection des vaisseaux qui empêche que ces vaisseaux ne soient comprimés à l'excès. »

Une preuve de ce pouvoir de résistance en est fournie par l'observation d'Alfonsi : « ... l'enfant né vivant portait sur le bras gauche un sillon profond et présentait une paralysie peu marquée du radial », par suite d'un huit de chiffre entre le bras gauche et le cou. Ainsi, dit Metzger, « ce n'est pas le cordon qui a été comprimé, c'est au contraire le membre de l'enfant qui a été serré au point qu'il y avait une paralysie radiale légère, et pourtant la circulation funiculaire a persisté et l'enfant est né vivant ».

Ces faits sont-ils réellement démonstratifs ? Nous en discuterons ultérieurement.

En résumé, il faut distinguer quatre éventualités :

1° Cordon procident dans le vagin, vivant. Bruits du cœur normaux. L'enfant naît vivant.

Ces cas sont rares, dit M. Metzger. C'est peut-être bien vrai, mais le facteur dessiccation n'y joue pas beaucoup plus que le facteur compressif.

2° Arrêt brusque des battements du cordon, les bruits du cœur cessent également. L'enfant meurt.

« C'est le cas où il semble qu'il y ait une compression brusque. » (Metzger.)

3° « Le cordon bat d'abord régulièrement, puis les battements se ralentissent petit à petit, ils diminuent, et au bout d'un certain temps disparaissent. » « S'il s'agissait réellement d'une compression, comment expliquer que ces battements cessent petit à petit ? Ne peut-on penser qu'il y a une mort lente du fœtus et du cordon ? » (Metzger.)

4° Le cordon est sans battements et les bruits du cœur persistent quelquefois réguliers et vigoureux, ou bien ils sont difficiles à percevoir. »

Nous avons vu antérieurement ce qu'il fallait en penser d'après Balard.

Pour Metzger, au contraire, on peut concevoir que dans ce cas « ... les vaisseaux ne sont plus que des canaux inertes au lieu d'être des organes de propulsion active ». Etant « mal nourris », faute d'imbibition, les vaisseaux n'assureraient plus leur fonction.

IV. — Valeurs respectives des deux théories.

Par l'analyse de nos observations et quelques données expérimentales, nous allons nous efforcer de juger objectivement de la valeur des arguments présentés par Metzger.

THÉORIE DE LA DESSICCATION. DISCUSSION.

Son argumentation, nous semble-t-il, comprend deux ordres de faits :

- 1° Ceux qui s'opposent au principe de la compression;
- 2° Ceux qui sont en faveur de l'action bienfaisante et capitale du liquide amniotique.

Premier ordre de faits :

Observation d'Alfonsi (voir précédemment).

Malgré le prix que Metzger semble y attacher, elle ne nous a pas paru des plus convaincantes.

Il est clair, en effet, que, dans le cas de ce cordon, l'action compressive n'a pu s'exercer que d'un côté. Or les conditions ne sont plus les mêmes quand il s'agit d'un cordon procident, car les forces qui s'exercent sur lui tendent à comprimer simultanément chacune de ses faces.

D'autre part, nous pensons pouvoir assimiler *dans une certaine mesure* une tige funiculaire à une sorte de tube de caoutchouc plein, de même calibre. Peu importe la forme spiralée du cordon, cela ne doit pas changer grand chose à notre démonstration.

Si l'on vient à appliquer ce tube de caoutchouc en circulaire autour d'un cylindre comme l'est approximativement un

petit membre, il ne se déformera que très peu grâce à sa propriété d'élasticité.

Nous pensons que, dans le cas de l'observation précitée, les choses ont dû se passer un peu de cette façon.

Considérons maintenant le cas où un tel tube de caoutchouc se trouverait comprimé bilatéralement sur une assez grande longueur, il se déformera à peine. Si, au contraire, l'on diminue les surfaces de pression, il arrivera un moment où ce tube subira une forte diminution de son diamètre. Or une anse de cordon prolabée se trouve dans des conditions sensiblement identiques; les compressions, en effet, sont bilatérales, et les points de pression de peu d'étendue.

Cas du procubitus. — Commandeur s'est appuyé sur les accidents dus au procubitus pour démontrer la réalité de la compression en dehors de tous phénomènes de dessiccation. A quoi Metzger répond : « Mais s'il y a accident, ce n'est plus un accident de procidence, c'est une compression du cordon par un déplacement de ce cordon, et le fœtus meurt du fait qu'il y a eu un déplacement du cordon dans l'utérus et non à cause de la procidence dans les membranes intactes. »

L'argument de Commandeur est évidemment d'importance, et nous avouons ne pas saisir parfaitement le sens de ce distinguo. Car, enfin, s'il est vrai, comme le dit M. Metzger, que le cordon dans ces conditions se trouve comprimé par l'anneau de Bandl, cela n'infirme pas du tout l'exactitude de la théorie dans le cas d'une procidence vraie. Il ne s'agit pas seulement alors d'une possibilité de compression entre la présentation et la ceinture pelvienne, mais encore entre la présentation et ce segment de paroi utérine qui va de l'anneau de contraction jusqu'au voisinage de l'orifice cervical (comme cela se produit avec un cordon en procubitus).

Voici une observation assez typique à cet égard :

Mme R..., 30 ans, I-pare.

Procidence datant d'au moins quatre heures. Poche des eaux rompue depuis la veille. Présentation en M. I. G. A. Examen à l'entrée, 14 heures.

Col à 2 francs. Utérus tendu. On sent un gros paquet de cordon dans le vagin. Battements faibles. Réduction sans anesthésie impossible. La présentation étant très fixée. Contractions régulières. A 15 heures, on tente la réduction sous chloroforme et l'on parvient à refouler la tête et à réduire le cordon. A la fin de ces manœuvres, celui-ci ne bat plus. On sent au niveau de la tête un anneau de contraction très serré, qui empêche d'arriver jusqu'à l'épaule.

COMMENTAIRE. — Il est probable que si la procidence n'avait pas été aussi large, le fœtus serait mort avant que l'on intervienne. La masse prise entre la présentation et la zone de contraction aurait été plus volumineuse, et, par conséquent, plus comprimée. C'est ce qui s'est produit une fois la réduction opérée.

D'autre part, au niveau du détroit supérieur, la présentation étant « très fixée », la tige funiculaire devait, par surcroît, être quelque peu coincée.

Il s'agit là, évidemment, d'un cas extrême dû à la temporisation, mais, en règle générale, on retrouve toujours ces deux modes de compression : entre la présentation et la paroi utérine (surtout l'anneau de Baudl); entre la présentation et la ceinture pelvienne (quelle que soit du reste la forme de la procidence).

Mortalité selon les modes de présentation. — « ... C'est dans les présentations du siège et de l'épaule que le fœtus devrait vivre le plus longtemps, si le mécanisme par compression était exact. C'est précisément dans ces cas-là que l'on voit la plus grande mortalité du fœtus. » (Metzger.)

Rien d'étonnant à cela, disent les partisans de la dessiccation, puisque c'est dans ces modes de présentation que le liquide amniotique fait le plus défaut.

« Dans les présentations de l'épaule, il n'y a pas de bouchon au-dessus du détroit supérieur, le liquide s'écoule brusquement et en totalité. Dans la présentation du siège, il se vide plus que dans celle du sommet. »

Ce n'est cependant pas ce qui ressort de nos observations

qui nous ont permis d'établir des taux de mortalité très en rapport avec le pouvoir plus ou moins traumatisant des présentations et non avec l'abondance du liquide ovulaire.

Sommet, 40 p. 100 de décès;

Siège complet, 25 p. 100 de décès;

Siège décomplété, 20 p. 100 de décès;

Epaule, 12,5 p. 100 de décès.

Ralentissement progressif des battements funiculaires et compression. — « S'il s'agissait réellement d'une compression du cordon, comment expliquer que ces battements cessent petit à petit ? Ne peut-on penser qu'il y a une mort lente du fœtus et du cordon ? » (Metzger.)

Il ne nous paraît pas indispensable de faire appel à la dessiccation pour expliquer ce ralentissement progressif. Sous l'effet des progrès de l'engagement et des contractions utérines plus rapprochées, plus énergiques, le phénomène est tout aussi bien explicable.

Brindeau était de cet avis : « Mais c'est surtout dès l'engagement que la position devient rapidement désespérée. Au début, la compression ne s'exerce que pendant la douleur. La circulation funiculaire, suspendue un instant, se rétablit pendant la pause, et les bruits du cœur fœtal reprennent leur rythme normal; la souffrance de l'enfant est passagère. Mais bientôt, avec les progrès de l'engagement, l'étranglement du cordon devient permanent. La circulation s'arrête définitivement et l'asphyxie ne tarde pas à faire son œuvre. »

La majorité des accoucheurs sont d'accord là-dessus. Nous avons pensé, cependant, qu'il pouvait être intéressant de rapporter quelques observations particulièrement favorables à cette façon de voir.

Elles sont au nombre de trois. Les deux premières témoignent du ralentissement progressif des battements funiculaires, alors que les membranes sont encore intactes.

La troisième montre la coïncidence entre l'amélioration des

pulsations (*progressivement ralenties*) et l'atténuation des forces compressives utérines.

OBSERVATION I.

(Service du Professeur PÉRY.)

Mme L..., 25 ans. III-pare.

Bassin rétréci. On décide l'accouchement prématuré à 8 mois 1/2. On veut poser un ballon, mais on trouve un col à 2 francs. Décollement du pôle inférieur. Le travail ne tarde pas à se déclencher. Il est 10 heures. Trois heures plus tard, on trouve, au cours d'un toucher, un cordon en procubitus. Les bruits du cœur vont en se ralentissant. Réduction manuelle du cordon à travers les membranes. Les bruits du cœur redeviennent bons.

OBSERVATION II.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme V..., IV-pare.

Entre en salle parce qu'elle souffre (malade venant de ville). Présentation O. I. G. A. Tête mobile au détroit supérieur. Bruits du cœur réguliers. Dilatation à 2 francs. On sent la poche des eaux et, à travers, le cordon qui bat régulièrement.

Une heure après, les contractions sont plus rapprochées. Les bruits du cœur deviennent irréguliers. Dilatation de 5 francs. On sent toujours le cordon qui bat, mais de plus en plus faiblement.

Sous anesthésie, dilatation manuelle, col souple...

OBSERVATION III.

(Service du Professeur PÉRY.)

Mme T..., 22 ans, III-pare.

Présentation O. I. G. T. Rupture prématurée des membranes le 15 mars, à 22 h. 30. A dilatation de 2 francs, on s'aperçoit que

les bruits du cœur se ralentissent, en pénétrant dans le col on sent à bout de doigts le cordon procident, pulsant faiblement. Il existe un certain degré de contracture. Un centigramme de morphine est administré. Ballon. Les bruits du cœur redeviennent meilleurs.

Il nous reste un argument important en faveur du rôle de la compression, qui nous est fourni par le pourcentage de mortalité par latérocidence. Dans la procidence vraie, compression et dessiccation peuvent chacune jouer leur rôle.

Dans la latérocidence la compression seule entre en jeu, et pourtant elle donne une mortalité plus élevée que la procidence vraie.

Procubitus, 9 p. 100 de décès;

Procidence, 25 p. 100 de décès;

Latérocidence, 39 p. 100 de décès.

Nous voyons donc que les arguments allégués pour combattre la théorie mécanique ne sont pas absolument irréfutables.

Second ordre de faits : l'imbibition du cordon, facteur capital de la survie du fœtus (théorie de la dessiccation).

Nous commencerons par exposer deux observations dont s'est servi Metzgen pour prouver l'action bienfaisante, salvatrice, de l'« irrigation continue » (le sérum remplaçant le liquide amniotique).

OBSERVATION I.

Dans cette observation, il s'agissait d'un col dilatable à petite paume, quand le diagnostic de procidence a été fait. Présentation transversale du fœtus. On met en place le dispositif d'irrigation continue. Le cordon est pelotonné à l'orifice utérin, et une petite anse de 1 cm. 5 environ pend au-dessous de l'orifice. L'enfant semblait très compromis. Dix minutes après le début de l'irrigation, on ausculte à nouveau le fœtus et on note une amélioration notable des bruits du cœur qui deviennent plus réguliers et plus nets

(80 seulement à la minute); quarante minutes après la procidence, une nouvelle auscultation décèle des bruits du cœur très nets, très réguliers, au rythme de 120 à la minute. On continue l'irrigation en auscultant toutes les dix minutes, on arrive ainsi jusqu'à deux heures du matin, c'est-à-dire deux heures après que la procidence fut constatée. Trois quarts d'heure après, le Docteur Couinaud fait une césarienne haute. Enfant vivant, Suites bonnes.

Les cas tels que celui-ci où l'irrigation a donné quelques résultats s'expliquent peut-être par suite des meilleures conditions offertes aux cordons pour lutter contre des actions compressives légères. Le fœtus, dans l'observation précitée, devait appuyer légèrement sur le cordon entièrement pelotonné au-dessous de lui et en état de moindre tonicité par suite de l'absence de liquide amniotique.

OBSERVATION II.

« Dans un cas, j'ai pu faire l'expérience plus longtemps, parce qu'il s'agissait d'un petit enfant dont la vitalité n'avait pas grand intérêt. La mère était enceinte de cinq mois et demi. Elle arriva à 2 h. 45 du matin avec des douleurs depuis la veille; dilatation à 5 francs, la poche des eaux pointe et se rompt au moment de son arrivée. Le petit fœtus se présente par les pieds avec procidence du cordon qui bat régulièrement. Les bruits du cœur sont normaux... Grâce à une irrigation continue avec « canule à double » courant », le fœtus a pu vivre huit heures et demie. »

Par conséquent, étant donné le volume du fœtus, sa présentation, il n'y a pas l'ombre d'un doute, le facteur compressif n'existe pas. C'est dans un cas comme celui-là que le dessèchement étant seul à agir, ou à peu près, aurait peut-être pu s'affirmer si l'on n'avait pris soin de recourir à l'irrigation d'emblée. En dehors de toute pratique de ce genre, n'a-t-on pas vu en effet souventes fois le cordon résister pendant des

heures à son extériorisation, non seulement hors de l'utérus, mais même hors de la vulve, à l'air libre.

Mme Lachapelle ne partageait pas les « craintes futiles » du refroidissement et du dessèchement.

« J'ai vu le cordon pendre hors de la vulve durant plusieurs heures sans que le fœtus en eût aucunement souffert, parce que la compression était nulle. Baudelocque rapporte un exemple de cette sorte. Cependant, dans quelques cas, les femmes chez qui j'ai observé ce phénomène avaient fait à pied ou en voiture une route plus ou moins longue de leur domicile à notre hospice. »

Guéniot, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (1930), rapporte une observation dont il s'est servi à l'époque pour critiquer la théorie de la « mort du cordon ». Il s'agissait d'une procidence datant de cinq heures, cordon hors de la vulve, et c'est uniquement sur cette indication, en dehors « ...de toute autre considération tenant à la mère ou au fœtus », qu'il intervint par césarienne basse. La malade, en plus de cela, avait subi un transfert en taxi d'Epinay-sur-Seine à Lariboisière. Les résultats furent excellents pour la mère comme pour l'enfant.

Présentation de quelques observations personnelles :

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur PÉRY.)

Mme P..., I-pare, 49 ans.

Arrive dans le service du Professeur Péry à 13 heures. Présentation du siège. Dilatation de 5 francs. Poche des eaux rompue et procidence du cordon. Bruits du cœur bons. A 19 heures, six heures après la constatation de la procidence, on note les premiers signes de souffrance fœtale. Le cordon bat de plus en plus lentement. Dilatation à peu près complète. Grande extraction du siège. Forceps tête dernière. Enfant né étonné, ranimé au bout de dix minutes.

COMMENTAIRE. — Présentation du siège, donc favorable du point de vue de la compression.

Premiers signes de souffrance et de ralentissement seulement six heures (au minimum) après procidence.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de noter que s'il s'agit là uniquement de dessiccation, le pouvoir de résistance du cordon est à ce point de vue très important.

OBSERVATION II.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Mme B..., 36 ans, II-pare.

24 mai 1925, à 9 heures du matin, la malade perd les eaux sans souffrir. La sage-femme constate une procidence qui bat régulièrement. Malade évacuée sur l'Hôpital Boursier. Elle y entre au début de l'après-midi.

Examen : Col déhiscent, permettant d'arriver sur un sommet très élevé. Une anse volumineuse s'est insinuée dans le sinus sacro-iliaque droit et pend dans le vagin. Battements du cordon réguliers. La tête est en gauche transverse. Bassin rétréci. On propose la césarienne qui est pratiquée à 18 heures (neuf heures après le prolapsus). Enfant vivant. Suites opératoires très bonnes.

COMMENTAIRE. — Ici, procidence de très longue durée, dans des conditions excellentes au point de vue compression. Battements du cordon ayant persisté normaux pendant neuf heures.

La conclusion logique, c'est, encore une fois, la résistance manifeste du cordon au dessèchement.

*
* *

Par conséquent, si le facteur dessiccation existe, ce qui n'est pas niable, il convient seulement de lui attribuer un rôle

secondaire. Dans tous les cas, les symptômes de souffrance fœtale qu'elle provoque ne peuvent être que tardifs.

Ceci étant admis, nous avons voulu rechercher dans nos 140 observations, quel était le laps de temps minimum au bout duquel les premiers signes de souffrance fœtale avaient pu se manifester. Or, nous avons vu que, dans 62 p. 100 des cas environ, ils ont coïncidé avec l'apparition de la procidence.

Nous savons bien que Metzger a dit qu'il fallait tenir compte de la grosseur des cordons (cordons maigres et gras) pour comprendre la différence de résistance de ces derniers à l'action des facteurs desséchants. Sans doute, mais nous sommes obligé de constater une telle marge dans la durée de résistance des différents cordons qu'il ne nous semble pas possible de l'expliquer de cette façon. Les uns résisteraient quelques minutes (62 p. 100) et les autres des heures?

En conclusion, la théorie de la compression, à notre avis, doit demeurer; c'est elle qui joue dans tous les cas malheureux, et les moyens thérapeutiques doivent viser avant tout à y parer. La dessiccation n'est pas inopérante, mais son rôle n'est qu'accessoire et ses effets tout à fait tardifs.

ETUDE CLINIQUE

Ce chapitre comprendra quatre grandes divisions :

- I. — Fréquence de cet accident.
- II. — Moment de la procidence.
- III. — Symptomatologie.
- IV. — Vitalité fœtale .

I. — Fréquence.

Fréquence globale. — Elle est, d'après les statistiques, assez variable.

Mantzoni aurait eu la malchance d'observer la procidence du cordon une fois sur 25 accouchements.

Ribemont-Dessaignes admettait le chiffre approximatif de 1/250. Quéreil, 1/220. Mme Lachapelle, 1/300. Vallois, en 1924, 2/100 environ.

Pour nous, la proportion est approximativement 1/200.

En clientèle, ce chiffre doit être certainement moindre, étant donné que, dans les maternités, les cas dystociques sont plus fréquents qu'ailleurs.

Fréquence selon la parité — Comme nous l'avons dit au chapitre étiologie-pathogénie, la multiparité jouit à cet égard d'un privilège spécial.

Fréquences selon les présentations. — Le sommet est le

plus souvent en jeu, mais les autres présentations y sont plus fréquentes que normalement.

- Siège, 25 p. 100, au lieu de 2,5 p. 100;
- Sommet, 65 p. 100, au lieu de 97 p. 100;
- Epaule, 8 p. 100, au lieu de 0,5 p. 100;
- Face et front, 2 p. 100, au lieu de 0,5 p. 100.

II. — Moments de la procidence.

Par rapport à l'état de la poche des eaux et à la dilatation du col on trouve :

- Procubitus, 10 p. 100;
- Pendant la période d'effacement, 6 p. 100;
- Entre 50 centimes et 5 francs, 18 p. 100;
- Au delà de 5 francs, 46 p. 100;
- Au cours de manœuvres obstétricales, 20 p. 100.

En somme, si un certain degré de dilatation est le plus souvent nécessaire pour permettre un diagnostic ferme de procidence, il n'en reste pas moins que dans 25 p. 100 des cas environ un diagnostic précoce peut être posé. Son importance pronostique et thérapeutique n'a pas besoin d'être soulignée.

Dans 10 p. 100 des cas (procubitus), la situation est particulièrement favorable, il faudra savoir en profiter et ne pas compromettre le résultat de l'accouchement par une rupture intempestive des membranes.

III. — Symptomatologie.

Etant donné l'allure souvent insidieuse de cette complication et les difficultés quelquefois très grandes que l'on éprouve à la reconnaître, la connaissance exacte des manifestations cliniques s'impose.

Signes subjectifs maternels. — Ils sont sujets à caution et

demandent à être vérifiés. Du reste, le plus souvent, la mère n'en éprouve aucune gêne. Comme l'a dit Quéreil : « ...l'accouchement, pour la parturiente comme pour l'entourage, semble ne présenter rien d'anormal ». Il arrive cependant, dans certaines circonstances, que ce soit la mère qui vous mette sur la voie du diagnostic.

Une procidence passée inaperçue peut entraîner l'asphyxie du fœtus. La mère ressentira les mouvements convulsifs de l'enfant, et quelque temps après pourra ne plus sentir remuer.

Ou bien ce sera la sensation d'un corps étranger descendant dans les voies génitales.

Signes fœtaux. — Ils témoignent uniquement d'une souffrance fœtale. Reste à en déterminer la cause.

Ralentissement des bruits du cœur, assourdissement de ces bruits. Leur rapidité insolite. L'écoulement du méconium. Ce dernier signe constitue souvent le signe d'alarme.

Jusqu'ici, nous n'avons vu que des signes de présomption. C'est par l'examen physique, le toucher, que l'on acquerra la clé du diagnostic.

Signes physiques. — Deux éventualités : Poche des eaux intacte ou rompue. Dans le premier cas, le problème peut être décevant pour le praticien le mieux entraîné et *a fortiori* pour le débutant.

Poche des eaux intacte : Le doigt sentira, à travers les membranes, un petit corps fuyant, rond, mou, ballotant plus ou moins, selon l'abondance du liquide amniotique. Brindeau conseillait d' « abaisser le fœtus au moyen de la main appliquée sur l'utérus. On arrive plus ou moins aisément à fixer ce corps et à reconnaître ses caractères : anse simple ou petit amas d'anses funiculaires dont on percevra les battements isochrones aux pulsations du cœur fœtal ». Cet isochronisme se recherchera par l'auscultation combinée avec le toucher.

Tarnier préconise un petit moyen facile à appliquer pour reconnaître le cordon, « en l'appuyant modérément avec le doigt sur la présentation ». Quéreil demande que l'on recherche la procidence par la palpation au travers du segment infé-

rieur. Cela suppose évidemment un entraînement clinique assez grand.

Poche des eaux rompue : Le diagnostic peut se faire à la simple inspection quand l'anse avoisine la vulve. Il sera d'autant plus difficile que la procidence sera plus élevée.

Le cordon étant dans le vagin, ses caractères s'affirment.

S'il est en latérocidence, les choses se compliquent. On sera obligé de contourner soigneusement la présentation à bout de doigt, en vérifiant plus spécialement les sinus sacro-iliaques. Malgré cela, l'exploration peut être absolument négative. Etant donné les signes de souffrance fœtale, l'extraction néanmoins devra être rapide.

IV. — Vitalité fœtale.

Existe-t-il un critère permettant d'affirmer la viabilité du fœtus ?

Mauriceau n'hésitait pas; le cordon était-il inerte, refroidi, plus ou moins desséché, la mort du fœtus ne faisait aucun doute.

Or, depuis quelques années surtout, grâce à des moyens d'extraction plus rapides, on s'est aperçu de l'erreur que commettaient ainsi les anciens. Déjà, en 1900, Quéreil donnait cet avertissement : « Oh! sachez bien que dans ces cas (cordon inerte), s'il est possible que le fœtus soit mort, il est possible aussi que cette mort ne soit qu'apparente. » Avant lui, Mme Lachapelle faisait remarquer « qu'il n'y a pas de rapport étroit entre l'apparence altérée d'un cordon et la vitalité du fœtus ».

Nous ne reviendrons pas sur les travaux du Professeur Pachon et du Docteur Balard, déjà relatés. C'est un fait aujourd'hui bien établi, et les accoucheurs n'ont plus le droit de tabler uniquement sur ce signe.

Le seul qui soit vraiment pathognomonique, et encore à la condition de le rechercher très soigneusement, c'est l'arrêt permanent des bruits du cœur fœtal.

L'auscultation doit être attentive, prolongée, en dehors des périodes de contractions.

Les causes d'erreurs subsistent encore cependant, et Brindeau, « après des auscultations négatives, a vu parfois naître des enfants vivants ».

En pratique, l'arrêt permanent des bruits du cœur de l'enfant suffira à affirmer l'« exitus ».

PRONOSTIC

En obstétrique, le pronostic est toujours à double face : maternelle, fœtale. Les deux vies ne se contrarient pas en règle générale. Quelquefois cependant la question de leur compatibilité se pose à la conscience de l'accoucheur.

Certaines complications (placenta prævia, hémorragie rétro-placentaire) menacent également la mère et l'enfant; leurs intérêts sont connexes.

Ici, au contraire, l'enfant seul est en danger et la mère ne peut être menacée que par la thérapeutique destinée à sauver l'enfant.

I. — Pronostic maternel.

D'après nos seules données statistiques, il ne nous a pas paru défavorable.

Mortalité, nulle.

Ruptures utérines, 0;

Déchirures du col, 6;

Déchirures du périnée, 3 (1 complète);

Infections, 3 (endométrites, 3; phlébites, 2).

Sur 6 déchirures du col, 4 furent consécutives à des dilations artificielles suivies de version.

II. — Pronostic fœtal.

Nous étudierons la mortalité d'après les présentations, la parité, le moment de la procidence, la thérapeutique employée.

Présentation. — Celles qui sont les moins néfastes pour le cordon entraînent le meilleur pronostic :

- Sommet, 40 p. 100 de mortalité;
- Face, 50 p. 100 de mortalité;
- Siège complet, 25 p. 100 de mortalité;
- Siège décomplété, 20 p. 100 de mortalité;
- Epaule, 12,5 p. 100 de mortalité.

Il faut tenir compte, dans les 50 p. 100 de mortalité relative à la face, que cette présentation est par elle-même d'un pronostic assez réservé.

Les 12,5 p. 100 de décès dans les présentations de l'épaule représentent uniquement le résultat de la procidence. Nous n'avons pas compté, en effet, dans ce pourcentage, les cas de mort liés aux difficultés d'extraction de la tête dernière. Le danger est surtout inhérent à la présentation elle-même. De 12,5 p. 100, nous passons alors à 25 p. 100.

Influence de la parité. — La procidence est surtout grave chez la primipare :

- Primipares, 38 p. 100 de décès;
- Second et troisièmipares, 31 p. 100 de décès;
- Grandes multipares, 30 p. 100 de décès.

La raison tient uniquement à la lenteur de dilatation du col et à la moindre souplesse des parties molles.

Influence du moment de la procidence. — Le procubitus se révèle très favorable.

Les dilatations insuffisantes sont d'autant plus à craindre qu'elles sont moins avancées.

- Procubitus, 9 p. 100 de décès;
- Col non effacé, 71,5 p. 100 de décès;
- Col à moins de 5 francs :

- Primipares, 67 p. 100;
- Multipares, 53,5 p. 100;

Col à plus de 5 francs :

Primipares, 26 p. 100;

Multipares, 25 p. 100.

Il convient de noter l'énorme différence entre cols à moins de 5 francs et cols à plus de 5 francs.

C'est surtout pour les dilatations minimales (au-dessous de 5 francs) que la parité prend de l'importance. Il y a, en effet, une différence de 14 p. 100 entre la primiparité et la multiparité avec un col à moins de 5 francs et de 4 p. 100 seulement dans le cas contraire, c'est dire qu'elles se valent.

Influence de la thérapeutique. — La dilatation artificielle, comme temps préparatoire de l'extraction, apparaît comme tout à fait préjudiciable au fœtus.

Forceps :

Dilatation artificielle, 50 p. 100 de décès;

Dilatation complète, 17,6 p. 100 de décès.

Ceci est particulièrement suggestif.

Versions :

Dilatation artificielle, 37,5 p. 100 de décès;

Dilatation complète, 35 p. 100 de décès.

Tous ces résultats s'expliquent très bien. Le forceps étant moins dangereux que la version, il n'est pas étonnant de voir qu'à dilatation complète les résultats soient meilleurs.

A la suite d'une dilatation artificielle, il n'en est plus de même. Le forceps suppose un engagement de la tête, et par conséquent une compression active sur la tige funiculaire. La dilatation artificielle retardant l'extraction, le fœtus a plus de chance de mourir. Par contre, si l'on peut recourir à la version après dilatation artificielle, c'est que la tête

n'est pas engagée, la compression du cordon est faible, intermittente, le fœtus a plus de chance de s'en tirer.

Refoulement du cordon : 20 p. 100 de décès.

S'il n'est pas toujours possible de le pratiquer, il n'est pas non plus toujours possible de l'exécuter correctement.

Accouchements spontanés, 26 p. 100 de décès.

Césarienne basse, *mortalité nulle*.

Influence des dimensions pelviennes :

Rétrécissements du bassin, 33 p. 100 de décès.

*
**

En résumé, nous dirons que les conditions favorables dans les cas de procidence du cordon sont :

Bassins larges;
Dilatation cervicale d'au moins 5 francs;
Multiparité. Tissus souples en général;
Présentation du siège et de l'épaule;
Procubitus.

Les conditions défavorables :

Bassins rétrécis;
Dilatation cervicale n'excédant pas 5 francs;
Tissus résistants;
Présentations du sommet;
Latérocidences.

L'existence d'une procidence chez une primipare avec une dilatation commençante doit entraîner les plus grandes réserves. Il semble bien que, dans ce cas, les moyens thérapeutiques habituels (voir statistiques) soient notoirement insuffisants. Nous envisagerons dans les pages qui vont suivre la possibilité d'un traitement plus efficace.

TRAITEMENT

Etant donné les conditions étiologiques de la procidence du cordon, cette complication peut être parfois évitée si l'on veut bien observer quelques règles de prophylaxie indispensables.

I. — Traitement prophylactique.

Il concerne la présentation d'une part, la poche des eaux d'autre part.

Versions par manœuvres externes. — Il est hors de doute que des manœuvres de version céphalique au cours de la gestation peuvent engendrer un déplacement du cordon.

Correction de la présentation. — « Dès le début du travail, s'efforcer de provoquer une coaptation aussi parfaite que possible entre le bassin et la présentation. On utilisera dans ce but soit la ceinture eutocique à tampon redressant l'utérus et le fœtus, soit la position en décubitus latéral gauche amenant l'utérus sur la ligne médiane. » (Suzor, *Revue Hôpital*, 1933.)

Rupture de la poche des eaux. — Une poche des eaux intacte comportant un bon pronostic, éviter sa rupture prématurée, surtout si la présentation n'est pas engagée.

Un toucher explorateur trop appuyé risquerait de rompre malencontreusement une poche des eaux qui aurait dû être respectée.

Des contractions utérines trop violentes, trop rapprochées, peuvent produire le même effet.

Si la rupture de la poche des eaux a été décidée (lenteur

de la dilatation, souffrances fœtales), il faudra s'efforcer de modérer l'écoulement trop rapide du liquide amniotique. Dans le cas d'hydramnios, les risques étant encore plus grands, les soins devront être très attentifs. Nous ne reviendrons pas sur les conseils que donnait Tarnier à cet égard. La position déclive et les opiacés pourront trouver ici une indication particulière.

La procidence n'ayant pas pu être évitée, il s'agit d'y remédier aussi rapidement que possible.

II. — Traitement curatif.

L'étude clinique et physio-pathologique que nous avons faite dans le cours de ce travail nous a appris le danger des accouchements trainants.

La sortie de l'enfant doit s'effectuer rapidement; si le fœtus n'a pas encore souffert, il va souffrir.

Les causes qui s'opposent à la célérité du travail sont, comme nous l'avons vu : l'insuffisance du degré de dilatation du col, le manque de souplesse des tissus (primiparité), les rétrécissements pelviens. Elles comportent des pronostics plus ou moins mauvais.

Une dilatation inférieure à 3 francs, surtout chez une primipare (avec tête engagée), est du plus mauvais augure : primipares, 67 p. 100 de décès; multipares, 53,5 p. 100.

Les rétrécissements du bassin sont également nocifs : mortalité, 33 p. 100.

La thérapeutique est dominée par la notion de vitalité fœtale. Si ce diagnostic s'avère quelquefois un peu délicat, il n'en demeure pas moins assez facilement réalisable dans la grande majorité des cas, grâce à une auscultation attentive et prolongée des bruits du cœur fœtal.

Donc, deux éventualités.

FŒTUS MORT. — La vie de la mère seule compte. Il faut ménager ses intérêts au plus haut point. On n'entreprendra,

sauf indications spéciales, que des interventions aussi peu traumatiques que possible, et, en principe, pas du tout.

ENFANT VIVANT. — On n'en a pas toujours la certitude, le doute peut subsister : « Le doute, a dit Brindeau, doit profiter au fœtus. » C'est également notre avis, mais nous n'aurons garde, dans ce cas, d'employer des méthodes comme l'hystérotomie basse, qui, si elles sont excellentes pour le fœtus, comportent pour la mère un certain risque, qu'il ne serait nullement justifiée de lui faire courir.

Traitements obstétricaux classiques :

- a) Réduction du cordon;
- b) Le forceps;
- c) La version;
- d) Incisions du col et césarienne vaginale.

1° *Réduction du cordon.* — C'est la première idée qui vient à l'esprit, et c'est aussi la première chose à tenter. Levret, Baudelocque, découragés sans doute par leurs insuccès, la considéraient comme inutile. Cette méthode est cependant simple, inoffensive, et les succès qu'elle compte à son actif sont nombreux. Rien n'empêche de l'essayer, mais il n'y faut mettre aucune obstination.

Mme Lachapelle s'est faite la championne de la reposition du cordon. « J'ai obtenu de la réduction des succès trop nombreux pour partager leurs préventions. » Elle faisait là allusion à Lamotte-Portal et Wiardel.

Nous ne sommes par loin de penser, du reste, que les femmes ont montré dans l'exécution de cette petite manœuvre plus d'habileté que les accoucheurs. Il y a là un tour de main nécessaire, qu'une main féminine, de par la délicatesse naturelle de ses mouvements et la finesse de son doigté, doit acquérir plus facilement. Mme Lachapelle l'a fort bien dit, la réduction manuelle est la seule recommandable. « ... Ce n'est qu'avec la main qu'on peut former un peloton de l'anse de cordon sortie, la pousser dans le lieu le plus convenable

et par le passage le plus facile; c'est avec elle qu'on peut pousser partie par partie une procidence considérable, comme on opère le taxis dans la réduction des hernies; elle seule donne la certitude d'une réduction complète. »

A Bordeaux, les méthodes instrumentales n'ont pas cours. Comment doit-on opérer cette réduction?

Nous laissons la parole à Mme Lachapelle : « Il ne suffit pas d'avoir repoussé le cordon dans l'utérus, il faut l'avoir repoussé au-dessus de la tête et du détroit supérieur : alors, pour l'ordinaire, il restera à l'abri de toute compression et ne retombera plus... C'est toujours en arrière et sur les côtés, vis-à-vis des symphyses sacro-iliaques et par l'échancrure de même nom, qu'on opère la réduction avec plus de facilité. »

Nous croyons utile de faire prendre à la parturiente une position déclive; l'action de la pesanteur aidant alors au refoulement. Hubert de Louvain, Ritgen, faisaient tout simplement mettre la femme sur le dos ou sur le côté en lui soulevant le siège, de telle sorte que le fond de l'utérus était le plus déclive. C'est encore^a la méthode des accoucheurs contemporains.

Théobald avait eu l'idée peu banale de faire tenir la malade... tête en bas! Mais en pratique il se contentait de la position génu-pectorale.

En résumé, pour pratiquer cette réduction, il faut :

a) Mettre la malade en position déclive en surélevant le bassin;

b) Avec la main comme agent de préhension repousser « partie par partie » l'anse procidente au niveau d'un espace libre, qui est le plus souvent l'angle sacro-iliaque. N'agir que pendant l'intervalle des contractions (des contractions trop rapprochées peuvent nécessiter une injection de morphine);

c) Une fois la réduction opérée, attendre l'arrivée d'une contraction avant de retirer la main;

d) S'assurer que l'anse est bien réduite et que les bruits du cœur foetal sont bons.

Malgré tout le soin apporté dans la technique, l'existence d'une procidence irréductible ou récidivante pourra rendre vains tous vos efforts. Il serait alors inutile et même dangereux d'insister; l'emploi des opérations obstétricales s'impose.

Avant de passer à ce nouveau paragraphe, nous dirons quelques mots de la réduction à travers la poche des eaux.

Varnier, Pinard, ont insisté sur ce procédé.

« La réduction est plus facile parce que, dans la poche intacte, le cordon se déplace et remonte sous la moindre pression; parce que l'anse prolabée est en général peu considérable; parce que la région fœtale est mobile, non fixée; parce que les contractions sont moins fréquentes et moins intenses que quand, après la rupture, la région frontale vient appuyer sur les bords de l'orifice utérin. » (Varnier.) La position déclive (genu-pectorale en particulier) est aussi beaucoup plus efficace.

2° *Opérations obstétricales* (forceps, version). — La question se pose de savoir si vraiment elles suffisent à tous les cas ?

Aujourd'hui, ces méthodes ont acquis leur summum d'efficacité, grâce aux conditions particulièrement favorables dans lesquelles elles sont employées (incisions du col, césarienne vaginale, méthode de Delmas).

Pourtant, leurs résultats dans cette complication ne sont pas encore très brillants. Depuis une trentaine d'années, il semble que l'on piétine. Il existe un reliquat de 25 à 30 p. 100 de mortalité qui paraît irréductible. Faut-il accepter cet état de faits ?

En nous reportant à l'un des tableaux statistiques précédemment exposés, nous avons remarqué le parallélisme étroit qui existe entre l'importance de la mortalité fœtale et la précocité de la procidence par rapport à la dilatation du col.

Selon que la version, mais surtout le forceps, exige ou n'exige pas une dilatation artificielle préalable, les résul-

tats fœtaux varient dans des proportions parfois considérables :

Forceps :

Dilatation artificielle, 57 p. 100 de décès;

Dilatation complète, 17,6 p. 100 de décès;

Version :

Dilatation artificielle, 37,5 p. 100 de décès;

Dilatation complète, 35 p. 100 de décès.

Notons bien que si le décalage est beaucoup moins grand dans le cas de la version, c'est que le phénomène compressif y est beaucoup moins marqué. Il peut même ne pas exister du tout. Est-ce à dire qu'il soit permis dans ces cas de temporiser ? Non pas. Une procidence à dilatation de 2 francs, par exemple, avec tête mobilisable, exige une intervention immédiate : dilatation et version podalique. Si on ne la fait pas, la tête risque de s'engager avant que la dilatation soit suffisante, le cordon se trouvera fortement comprimé et il faudra intervenir par forceps précédé de dilatation artificielle, ce qui entraîne une mortalité globale considérable de 57 p. 100 (voir plus haut).

Par conséquent, en règle générale, il faut intervenir vite, sans abandonner l'accouchement aux seules « forces de la nature ». Le fœtus ne souffre pas toujours dès l'installation de la procidence, mais il en est fortement menacé. Il faut gagner de vitesse, si l'on peut dire, le moment où les premiers signes de souffrance vont apparaître. Une fois qu'ils se seront manifestés, on dispose encore d'un certain laps de temps pour mettre en œuvre les moyens d'extraction et opérer cette extraction. Le fœtus est doué, en effet, d'une certaine résistance à l'asphyxie.

Les cas dans lesquels il y a arrêt brusque des bruits du cœur fœtal par suite d'une compression d'emblée totale de

la tige funiculaire sont assez peu fréquents, mais ils exigent une extraction sur le champ.

En somme, c'est parce qu'ils nécessitent parfois des dilata-tions très laborieuses que les procédés obstétricaux deviennent inopérants. Un rétrécissement du bassin, en ralentissant le travail et l'expulsion (spontanée ou artificielle) du fœtus, les rend également inefficaces. C'est dans ces cas défavorables qu'une intervention franchement chirurgicale comme la césarienne suprasymphysaire nous a paru tout à fait indiquée.

3° *Traitement moderne : la césarienne basse.* — Bien qu'assez récent, le procédé d'extraction par voie haute dans le cas de procidence du cordon a eu déjà la faveur d'un assez grand nombre d'accoucheurs.

Tant que l'hystérotomie ne savait se pratiquer que sur le corps même de l'utérus (hystérotomie corporéale), les accoucheurs n'ont eu à son égard que méfiances. Etant donné les risques d'infection qu'elle faisait courir à la malade, ces méfiances étaient parfaitement justifiées. La réflexion des accoucheurs de cette époque : « La césarienne, intervention risquée », n'était que trop méritée.

Depuis, cependant, un grand pas dans la voie du progrès a été réalisé par la mise au point d'une technique encore assez nouvelle, l'hystérotomie basse, la césarienne suprasymphysaire. Nous ne nous arrêterons pas à faire son éloge, étant donné les nombreux travaux qui ont paru sur elle depuis quelques années, et qui tous prouvent l'excellence de ses résultats maternels et fœtaux. Avec elles, l'ancienne distinction des cas « purs » et « impurs » a moins de raison d'exister. Des césariennes basses pratiquées trente-six heures après la rupture des membranes n'ont eu aucune conséquence bien fâcheuse.

Certes, le résultat ne peut pas être garanti. Comme toute opération, la césarienne comporte un certain aléa pour la mère, mais l'enfant dont on aura reconnu cependant les caractères de parfaite vitalité est-il si négligeable pour que

celle-ci se refuse à le sauver en rejetant toute idée d'intervention chirurgicale ?

Jusqu'ici, à notre connaissance, la césarienne basse n'a été pratiquée le plus souvent que dans des cas de dystocies complexes, procidence et rétrécissement du bassin. L'angustie pelvienne, du reste, n'était pas toujours considérable, et bien souvent la voie haute n'aurait pas été employée si la procidence n'avait pas existé.

Parmi les chirurgiens qui ont eu recours à cette opération, nous avons relevé dans la littérature : Lafont, Houël et Jahier, qui, en 1927, ont rapporté, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, deux cas d'opérations de ce genre pour procidence du cordon. Les motifs de ces interventions étaient, d'une part, rétrécissement du bassin; d'autre part, dilatation à 2 francs. Enfants vivants. Résultats maternels bons.

En 1927 également, M. M. Rivière, à Bordeaux, pratique la césarienne chez une secundipare avec bassin légèrement rétréci (40 cm. 5). Au moment de l'intervention, le col était simplement déhiscent, le cordon, qui s'était glissé dans un sinus sacro-iliaque, battait régulièrement depuis cinq heures. « La césarienne fut proposée pour sauver l'enfant dont elle constituait, semblait-il, la seule chance de salut. » Les suites furent excellentes. Enfant vivant. Dans le même bulletin (1930), les résultats de sept césariennes basses sont publiées par Kreis. La première remontait à l'année 1920. « Tous les enfants naquirent vivants et les mères quittèrent le service en bonne santé. »

En 1930 également, Guéniot césarise une malade sur la seule indication de procidence. « J'interviens uniquement à cause de la procidence, car il ne paraît pas y avoir disproportion entre la tête et le bassin. » Procidence de cinq heures. Enfant vivant. Suites excellentes.

La thérapeutique appliquée à la procidence du cordon dans les services de MM. les Professeurs Andérodias et Péry, de la Faculté de Bordeaux, a été jusqu'à présent presque uni-

quement obstétricale. De 1919 à 1931, on ne compte que trois césariennes pour procidence du cordon, encore existait-il d'autres causes de dystocie.

OBSERVATION I.

(Service du Professeur PÉRY.)

Mme T..., I-pare. Présentation du sommet. La malade arrive à 20 h. 45, poche des eaux rompue depuis 11 heures. Le cordon prend dans le vagin. L'utérus est dur, rétracté sur le fœtus, col effacé, mais épais, dur. La dilatation ne dépasse pas 1 franc. Les bruits du cœur sont lents, irréguliers. La tête est élevée, et le promontoire est à 11 centimètres. A 21 h. 30, césarienne basse. Anesthésie rachidienne insuffisante, on se sert du chloroforme. Enfant vivant. Suites très bonnes.

OBSERVATION II.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS. Opérateur, M. M. RIVIÈRE.)

Mme R..., 26 ans, II-pare.

La malade perd les eaux sans souffrir, le 24 mai 1925. A 9 heures du matin, la sage-femme constate l'existence d'une procidence qui bat régulièrement. Présentation de la tête gauche transverse. A l'entrée de la malade dans le service, l'examen montre un col déhiscent permettant d'arriver sur un sommet très élevé. Une anse volumineuse s'est insinuée dans le sinus sacro-iliaque droit et pend dans le vagin. Battements réguliers. Bruits du cœur bons.

Bassin rachitique : Promontoire à 10 centimètres. Faux promontoire. On propose la césarienne, qui est acceptée et pratiquée à 18 heures. Enfant vivant. Suites très bonnes.

OBSERVATION III.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS. Opérateur, M. MAHON.)

Mme V..., 27 ans, III-pare.

Présentation du sommet, dos à gauche. Malade venant des Landes, arrive dans le service le 6 août 1931, dans la soirée. Début du travail le 7 août, à 15 heures. Ecoulement des eaux à 20 h. 30, la dilatation étant à 1 franc. Le toucher montre une tête élevée et une anse de cordon procidente. Les bruits du cœur sont excellents. Extractions subintrantes. La procidence augmente et les bruits du cœur faiblissent. On surélève le siège de la malade et lui injecte 1 centigramme de morphine. Intervention immédiate. La procidence existe depuis une demi-heure. Césarienne basse sous anesthésie générale à l'éther. Extraction facile d'un enfant de 3 kg. 300 qui crie aussitôt. Hémorragie très abondante. Sécacornine, solucamphre, sérum un litre. Après l'intervention, la malade ne saigne plus du tout, son état général se remonte rapidement. Evolution des plus simples. Sort en parfaite santé.

*
**

En dehors de ces cas de dystocies complexes, nous croyons que la césarienne est encore indiquée dans le seul but de parer aux accidents de la procidence. Comme nous l'avons déjà dit, relèvent de cette thérapeutique les primipares présentant une dilatation du col inférieure à 5 francs, ou plus généralement les femmes dont les tissus sont résistants et chez lesquelles la dilatation artificielle nécessiterait une intervention laborieuse. Une dilatation égale ou supérieure à 5 francs peut être aussi de son ressort; c'est affaire d'appréciation clinique.

CRITIQUE DE LA CÉSARIENNE. — Cette intervention n'est certes pas exempte de toutes critiques. Trois objections peuvent être formulées :

- 1° Risques d'infections;
- 2° Préjugé familial;
- 3° Nécessité d'un centre chirurgical proche.

1° *Risques d'infections.* — Nous avons déjà dit ce que nous en pensions .

2° *Préjugé de la famille.* — Cela existe malheureusement! Mais, au fond, peut-être que si les accoucheurs n'hésitaient pas à exposer plus nettement les raisons majeures qui militent en faveur d'une intervention par voie haute, la famille et la malade elle-même se rendraient plus facilement à la raison?

Dans sa belle leçon inaugurale, Pinard s'exprimait en ces termes : « Vous aurez à lutter contre l'entourage, dis-je. En effet, vous ne serez pas seul avec la parturiente, ses proches sont près d'elle et les manifestations plus ou moins bruyantes de la douleur de celle-là retentissent presque toujours sur ceux-ci. ... Vous seul devez juger ce qui est nécessaire, saisir les indications et y répondre, satisfaire ce qu'exige la situation de la mère et de l'enfant, sans jamais faire rentrer en ligne de compte, quand il s'agit de prendre une détermination, l'effarement ou l'angoisse de ceux qui les entourent. »

3° *Nécessité d'un centre chirurgical proche.* — C'est bien là la seule remarque importante qui puisse être faite contre son emploi. L'idéal évidemment n'existe que quand les malades se trouvent dans un centre chirurgical (clinique, maternité).

Pour celles de la ville, la situation, tout en étant moins favorable, permet encore l'intervention. Une heure environ est nécessaire pour intervenir, or les interventions obstétricales pures exigent quelquefois ce laps de temps pour être menées à bonne fin. Souvent, du reste, le fœtus ne succombe qu'après avoir souffert pendant une période égale ou supérieure à cette durée.

Faudra-t-il systématiquement renoncer à cette intervention pour les malades de la clientèle rurale? Ce n'est pas soute-

nable. Etant donné les risques de mort presque certaine, dans les cas de col rigide à peine dilaté, il ne nous semble pas que l'on ait la faculté d'hésiter. Comme nous l'avons montré par nos statistiques, au-dessous d'une certaine dilatation, le pronostic est d'emblée beaucoup plus sombre. L'extraction obstétricale est alors des plus aléatoires! Nous croyons que, même pour ces malades isolées, la césarienne, quand elle est indiquée, peut être assez souvent pratiquée avec profit pour le fœtus. Celui-ci ne souffre pas toujours dès que la procidence s'est constituée, d'autre part, s'il souffre depuis peu, ou simplement par intermittences, en prenant la précaution d'administrer à la parturiente un peu de morphine ou de chloroforme, comme le conseille M. Balard, on permettra à la circulation fœto-placentaire de persister suffisamment de temps pour effectuer le transport et intervenir chirurgicalement. Les observations que nous avons reproduites montrent que bien souvent l'opération n'a pas été des plus précoces, loin de là. Ici encore, le médecin praticien ou spécialisé est seul juge de la conduite à tenir. C'est affaire d'appréciation personnelle.

Dans les cas où la césarienne est impraticable, le médecin ne doit pas évidemment « jeter le manche après la cognée », mais, au contraire, se servir de son mieux des méthodes d'extraction obstétricale, en s'aidant, si besoin est, de l'« irrigation continue », préconisée par Metzger, ou, mieux, à notre sens, de la morphine et du chloroforme conseillés par Balard.

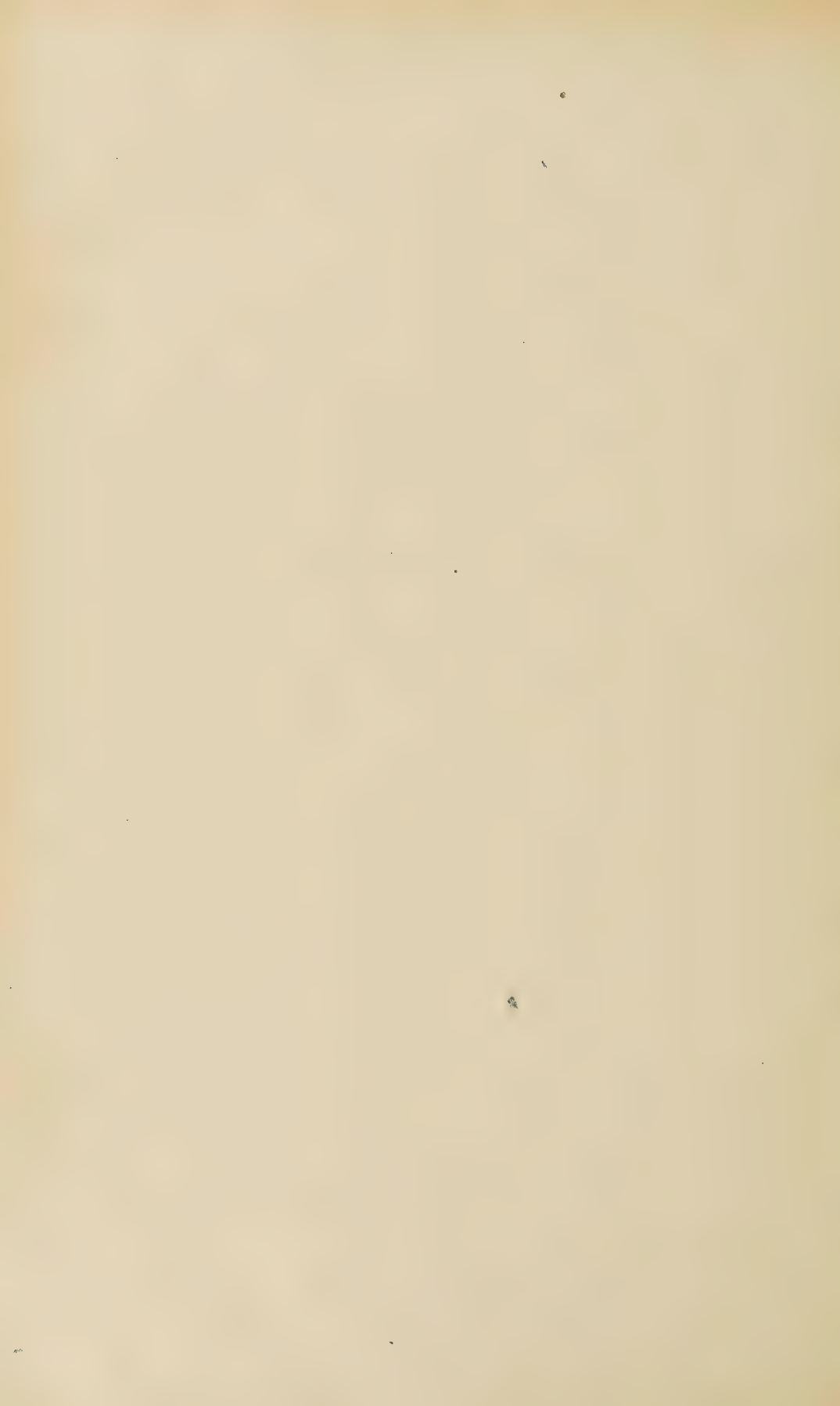
En résumé, voici la ligne de conduite générale qui nous semble devoir être observée :

- 1° Dans tous les cas, essayer de réduire;
- 2° Employer le forceps quand, le sommet étant engagé, la dilatation sera complète ou que les conditions de dilatation artificielle ou mieux d'incision du col seront remplies;
- 3° Pratiquer la version par manœuvres internes pour tête élevée ou présentation transversale, quand les membranes seront rompues depuis peu et que le col ne risquera pas d'opposer le moindre obstacle au passage de la tête dernière;

4° Dans tous les autres cas, recourir à l'opération césarienne suprasymphysaire, si du moins les signes de vitalité fœtale sont probants. Se rappeler la formule très heureuse de Brindeau : « Une procidence du cordon rend absolues des indications relatives » d'opération par voie haute.

*
* *

Dans le cours de ce dernier chapitre thérapeutique, nous nous sommes toujours efforcé de ne jamais méconnaître ni les intérêts de la mère, ni ceux de l'enfant.



CONCLUSIONS

Nous avons voulu faire une étude complète de la question des procidences du cordon, en prenant pour base de notre argumentation les renseignements qui nous ont été fournis par un ensemble de 140 observations.

La compression de la tige funiculaire au cours de cet accident nous a paru être le principal facteur des accidents fœtaux (asphyxie, syncope).

Sans renoncer aux interventions obstétricales courantes qui ont fait leurs preuves, nous conseillons, quand les conditions d'extraction rapide par les voies naturelles ne se trouvent pas réalisées, et sous certaines réserves tenant à la mère ou au fœtus, d'avoir recours à l'intervention césarienne suprasymphysaire. Son emploi judicieux, nous l'espérons, permettra d'améliorer d'une façon appréciable le pronostic encore fâcheux des procidences du cordon.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. PERY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 31 octobre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT et ESTIENNY. — Césarienne pour procidence du cordon.
Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn., nov. 1929.
- BALARD (P.). — La procidence du cordon. *La puériculture*, n° 10,
déc. 1928, p. 450.
- Sur la persistance de la vie de l'enfant dans des cas de
cordons procidants dépourvus de battements. *Arch. mens.
d'obst. et de gyn.*, 1919, p. 245.
- BERRA. — Procidence du cordon et vitalité foetale. *La semana
medica*, n° 42, 15 oct. 1931.
- BRANDIS (E.). — Infant mortality on prolapse of umbilical cord.
Monatschr. f. geburtsh. Gynäk., 82, 208-216, juin 1929.
- CAMARGO (Joao). — Procidencia do cordao umbilical. *Revista do
gyn et d'obst.*, anno XXX, n° 9, sept. 1927, p. 343.
- FAVREAU. — La procidence du cordon. *Journ. d'obst. et de gyn.
prat.*, févr. 1931, n° 2, p. 32.
- TIZAINE (R.). — De la procidence du cordon ombilical inanimé.
Jouvé, édit., 15, rue Racine, Paris.
- KURZROCK (J.). — Prolapsed umbilical cord analysis of 100 cases.
Am. Journ. obst. et gynec., 23, 403-407, March 1932.
- LIEPMANN (W.). — Nabelsch nur vorfall. *München und Wochenschr.*,
78, 478-480, 20 March 1931.
- PETIT (J.). — La procidence du cordon. *Pratique obstétricale; Arch.
méd. chir.*, nos 8-9 août, sept. 1930, 20^e année, p. 286-295.
- PARER (G.-P.). — Contribution à l'étude du traitement des proci-
dences du cordon. Thèse Paris, 1930.
- QUÉREIL. — Leçons de cliniques obstétricales, 1900.
- BUDIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, 1904.

- MAURICEAU. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements. T. III, 1821.
- BRINDREAU. — Précis d'obstétrique, 1927.
- KREIS. — Procidence du cordon, présentation de l'épaule enclavée et césarienne basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930.
- GUÉNIOT. — Césarienne suprasymphysaire pratiquée avec succès pour une procidence du cordon hors de la vulve et durant depuis cinq heures. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930.
- AUDEBERT. — Césarienne pour procidence du cordon. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1929.
- LAFONT. — Deux césariennes pour procidence du cordon avec altérations pelviennes. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1917.
- RIVIÈRE (M.). — Césarienne pour procidence avant toute dilatation du col chez une II-pare avec bassin légèrement rétréci. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1927.
- SUREAU. — Revue *La Médecine*, 1933, p. 35.
- METZGER (M.). — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1928 :
« La vie et la mort du cordon ombilical. »
- RUIZ COUTREVAS. — Mi methodo de tratamiento del cordon prolapsado. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.
- FABRE. — De l'hystérogaphie. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1913, t. IV, p. 307.

